



INFECTIONS NOSOCOMIALES, HYGIÈNE ET SALUBRITÉ :

OÙ EST LA FRONTIÈRE ENTRE LE CLINIQUE ET LE JURIDIQUE ?

PAR III M^E MARIE-ANDRÉE GAGNON | LAVERY

Déchets médicaux, asepsie, infections nosocomiales, autant de sujets au cœur des préoccupations du réseau de la santé depuis plusieurs années.

Sur le plan juridique, le contentieux en la matière demeure très peu important, en raison des coûts et de la complexité d'une poursuite mettant en cause ces notions. Sur le plan clinique toutefois, la littérature abonde.

Mais où se situe la frontière entre le clinique et le juridique ?

Comme dans toute poursuite où il est question de la responsabilité de l'établissement ou des membres de son personnel, la personne qui poursuit pour une infection prétendument contractée en milieu hospitalier doit démontrer la commission d'une faute de l'établissement ou de ses employés, en plus du préjudice subi et du lien de causalité entre celui-ci et la faute à l'origine de l'infection.

La faute, dans un tel contexte, est la même que celle qui s'analyse en vertu du régime général de responsabilité civile extracontractuelle¹ prévu à l'article 1457 C.c.Q., à savoir le manquement aux règles de conduite qui s'imposent à une personne « suivant les circonstances, les usages ou la loi ». En matière de responsabilité médicale et hospitalière, on définira généralement la faute comme un manquement aux « règles de l'art », soit les standards de conduite qu'un professionnel de la santé ou un établissement raisonnablement prudent et diligent aurait suivi dans une situation donnée.

Mais quelles sont ces règles de l'art en matière de prévention des infections nosocomiales ?

Au cours des deux dernières décennies, le Québec s'est doté d'une importante législation propre à assurer que des services de santé sécuritaires soient dispensés aux usagers. Soulignons notamment les articles 2, 3, 5 et 100 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux*². Cette obligation de fournir des soins et services sécuritaires est une obligation de moyens, c'est-à-dire que l'établissement, sans être tenu de garantir à ses usagers des soins sécuritaires, se doit néanmoins de prendre tous les moyens raisonnablement prudents et diligents pour arriver à cette fin. L'obligation de sécurité comporte nécessairement une composante hygiène et salubrité, de même que prévention des infections.

Par ailleurs, plusieurs normes et lignes directrices en matière de prévention des infections ont été émises à travers les années, au gré de la survenance d'éclousions et d'épisodes de contamination à *Escherichia Coli*, *Clostridium difficile*, SARM, etc. Bien que ces normes n'aient pas en soi force de loi, elles pourront orienter les tribunaux appelés à déterminer s'il y a faute de l'établissement en se penchant sur la question du respect des règles de l'art.

Malgré les contraintes budgétaires et de personnel, et tous les autres défis auxquels font actuellement face les établissements, il est donc primordial d'assurer la mise en place de protocoles, de règles de soins et autres outils d'encadrement susceptibles de faire en

sorte que ces normes puissent être respectées. Des efforts constants doivent également être déployés pour former les membres du personnel et les inciter à respecter des normes rigoureuses d'asepsie. Mais surtout, il importe que l'information attestant des mesures d'hygiène et d'asepsie prises soit colligée avec soin, puis conservée de façon stricte.

En effet, la frontière entre le juridique et le clinique se situe bien souvent au niveau de la preuve que l'établissement est en mesure de fournir en cas de poursuite. S'il est vrai que peu de poursuites en matière d'infections nosocomiales, d'asepsie, de disposition des déchets médicaux et de contamination sont intentées en raison des coûts qu'elles impliquent par rapport aux gains que les victimes espèrent en tirer, il s'avère également que peu de dossiers, une fois institués, se rendent à procès, faute de pouvoir fournir une preuve suffisante que les règles de l'art en la matière ont été respectées ou non par l'établissement ou les membres de son personnel. De l'équipe de prévention des infections en passant par les services techniques et les équipes d'entretien ménager, il importe donc que soit mis sur pied un système fiable de planification, de communication et de mise à exécution des mesures d'hygiène et de salubrité. Mais de façon plus importante encore, il y a lieu de développer des outils permettant de consigner, de colliger et de conserver l'information permettant de démontrer que de telles mesures ont été prises. Le mot d'ordre en la matière : « créativité dans la mise en œuvre des mesures déployées, et diligence à consigner l'information ».

¹ *Lapointe c. Le Gardeur*, [1992] 1 R.C.S. 351.

² L.R.Q., c. S-4.2.